

**REPORTE TRIMESTRAL PARA AYUDA GENERAL**

PARA CONTINUAR RECIBIENDO SUS BENEFICIOS SIN DEMORA, POR FAVOR FIRME EL FORMULARIO DESPUÉS DEL 1° DE \_\_\_\_\_ Y ENVÍELO ANTES DEL 5 DE \_\_\_\_\_. SU QR 7 ES CONSIDERADO TARDE SI NO SE RECIBE ANTES DEL **11 DEL MES DE ENTREGA**.  
MES DE ENTREGA MES DE ENTREGA

(Bar Code)

NOMBRE DEL CASO:  
 NÚMERO DEL CASO:  
 NÚMERO DE ARCHIVO/UNIDAD:  
 TELÉFONO DEL TRABAJADOR:

**¿NECESITA AYUDA? LLAME A SU TRABAJADOR**

ENVÍE POR CORREO A ESTA DIRECCIÓN:

DESTINATARIO:

- ✓ **Usted debe reportar todos los ingresos que recibió en el Reporte del Mes de \_\_\_\_\_.**
- ✓ Si no envía un reporte QR 7 completo, incluyendo pero sin limitarse a contestar todas las preguntas y adjuntar pruebas cuando la pregunta así lo indique, es posible que sus beneficios se retrasen, cambien o se discontinúen. **Adjunte una hoja de papel por separado si es necesario.** Es posible que sus beneficios aumenten, disminuyan o se discontinúen dependiendo de la información que reporte.
- ✓ Los siguientes cambios son considerados **responsabilidades de notificación obligatoria**; por lo tanto, **usted debe reportar estos cambios en un plazo de 5 días de ocurrido** a su trabajador de elegibilidad y en su reporte trimestral:
  - Nuevos ingresos ganados de \$203 o más.
  - Nuevos ingresos no ganados de \$25 o más.
  - Aumento en los ingresos ganados o no ganados de \$25 o más.
  - Alguien se va o se muda a su hogar.
  - Cambio de domicilio.
  - La Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) hace una determinación en su solicitud de una visa T o U.
- ✓ Todos los demás cambios son considerados responsabilidades de notificación voluntaria. Aunque son voluntarios, debe reportarlos en su Reporte Trimestral de Ayuda General (QR7-LA).

Usted o alguien en su hogar:

- Ha sido condenado por un delito grave relacionado a las drogas después de 12/31/97 y es un miembro no ayudado de una unidad familiar que recibe CalWORKs; o
- Está huyendo para evitar enjuiciamiento o arresto/condena por un delito grave; o
- Está violando su libertad condicional (parole/probation).

**Petición para discontinuar los beneficios** (si usted llena esta parte, firme y ponga la fecha al dorso de este formulario. Puede volver a solicitar en cualquier momento.)  
 Solicito que mi:  Ayuda General sea discontinuada el último día de: \_\_\_\_\_ (MES/AÑO)

**PARTE 1: Por favor, díganos qué sucedió en** \_\_\_\_\_ **MES DEL REPORTE** \_\_\_\_\_ **AÑO**

**1. ¿Usted o alguien recibió ingresos o dinero de alguna fuente este MES?  SÍ  NO** Si es "SÍ", indique a continuación y **ADJUNTE PRUEBAS**.

**Ingresos ganados:** Servicios de niñera, intereses o dividendos, ingresos por alquiler, salarios, trabajo por cuenta propia, pagos mientras está enfermo, propinas, pago de vacaciones, etc.  
**Cualquier beneficio del gobierno:** Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI), Seguro Social, Ingresos Suplementarios de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), otros pagos del gobierno por concepto de discapacidad o jubilación, asistencia para alquiler, desempleo, jubilación para veteranos, compensación por lesiones de trabajo, etc. **Otros beneficios:** Manutención de hijos/cónyuge, convenio legal o con una compañía de seguro, otros beneficios por discapacidad o jubilación de fuentes privadas, jubilación por haber trabajado para el ferrocarril, beneficios por huelga, etc. **Otros:** Dinero en efectivo, regalos, préstamos, becas, etc. **Ingresos no monetarios:** Tales como vivienda en vez de pago, o vivienda, servicios públicos y municipales, ropa o comida gratuitos, etc.

¿Quién recibió los ingresos?	¿De dónde?	Cantidad bruta	\$	\$	\$	\$	\$
		Fecha en que se recibió					
¿Quién recibió los ingresos?	¿De dónde?	Cantidad bruta	\$	\$	\$	\$	\$
		Fecha en que se recibió					

**1a. Número de horas trabajadas o en entrenamiento este MES:**

¿Quién trabajó?	¿Dónde?	Total de horas	¿Quién trabajó?	¿Dónde?	Total de horas
¿Quién estuvo en entrenamiento?	¿Dónde?	Total de horas	¿Quién estuvo en entrenamiento?	¿Dónde?	Total de horas

**1b. Si los ingresos o dinero reportado anteriormente cambiarán en los próximos tres meses después del MES DE ENTREGA, por favor explique y ADJUNTE PRUEBAS.**

Nombre de la persona	Fuente de los ingresos o dinero	¿Por qué cambiarán?	¿Cuánto va a recibir?		
			Primer mes	Segundo mes	Tercer Mes

PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE Iniciales del EW: CAMBIO ( ) NO CAMBIO ( ) Fecha:

**PARTE 2: ¿Qué ha sucedido DESDE su último reporte?**

**1. ¿Alguien: Recibió, compró, vendió, cambió o regaló alguna propiedad, terreno, casa, auto, cuentas bancarias, dinero, pagos (tales como premios de lotería o ganancias de juegos, seguro social retroactivo, reembolso de impuestos), u otros bienes desde el último reporte?**

! ! ! ! ! ! ! !  SÍ  NO

Si la respuesta es "SÍ", anote toda la información a continuación y **ADJUNTE PRUEBAS.**

¿Quién compró, vendió, cambió o regaló?	Tipo de propiedad/bienes	¿Cuándo?	Valor \$	<input type="checkbox"/> Compró	<input type="checkbox"/> Vendió	<input type="checkbox"/> Ganó
				<input type="checkbox"/> Recibió regalo	<input type="checkbox"/> Cambió	<input type="checkbox"/> Regaló

Cuenta de cheques  Abrió  Cerró Saldo \$      Cuenta de ahorros  Abrió  Cerró Saldo \$

**2. ¿Alguien se ha mudado a vivir o se ha ido de su hogar, o usted se ha mudado con alguien más?** ! ! ! ! ! ! ! !  SÍ  NO

Nombre completo de la persona	Parentesco o relación con usted	¿Llegó a vivir o se fue?	¿Cuándo?

**3. ¿Usted o alguien en su hogar:**

**A. Ha sido condenado por un delito grave relacionado a las drogas después de 12/31/97 y es un miembro no ayudado de una unidad familiar que recibe CalWORKs, o**

**B. Está huyendo para evitar arresto o condena por un delito grave, o**

**C. Está violando su libertad condicional (parole/probation)?**

SÍ  NO      Si la respuesta es "SÍ", Nombre: \_\_\_\_\_ ¿Dónde fue condenado? \_\_\_\_\_ Fecha de la condena: \_\_\_\_\_

**4. ¿Algo de lo siguiente o algún otro cambio le ha sucedido a alguien en su hogar?**  SÍ  NO

Si la respuesta es "SÍ", indique a continuación y **ADJUNTE PRUEBAS.** Adjunte una hoja de papel por separado si es necesario.

- ! Cambio en la familia** (¿Se casó, divorció, separó, registró una relación doméstica (DP) en California, tiene una DP que no es de California, terminó una DP, se embarazó, tuvo un bebé o ya no está embarazada?)
- ! Incapacidad/Discapacidad** (¿Se incapacitó/discapacitó o se recuperó de una incapacidad o enfermedad grave?)
- ! Trabajo** (¿Comenzó o dejó de trabajar, rechazó un trabajo o entrenamiento, el número de horas de trabajo o entrenamiento subió o bajó, o estuvo en huelga?)
- ! Inmigración** (¿Cambió su situación de inmigración o ciudadanía, o recibió una nueva tarjeta, formulario o carta de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos [USCIS]?)
- Seguro** (¿Empezó, terminó o cambió los beneficios de seguro de salud, dental o de vida, incluyendo MEDICARE?)
- Custodia** (¿Algún cambio en la cantidad de tiempo que cuida o tiene custodia física de sus hijos?)
- Servicios de Apoyo en el Hogar** (¿Empezó o dejó de recibir servicios?)
- Asistencia a la escuela (Para estudiantes - ¿Empezó o dejó de asistir regularmente a la escuela?)**
- Otro:**

Nombre(s) de la(s) persona(s)	Parentesco o relación con usted	¿Qué ocurrió?	Fecha del cambio

**CAMBIO DE DOMICILIO** Llene esta sección **SOLAMENTE** si se ha mudado o tiene una nueva dirección postal.

NUEVO domicilio (Número, nombre de la calle, avenida, bulevar, etc.), No. de apto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Fecha del cambio \_\_\_\_\_ NUEVA dirección postal (si es diferente al domicilio) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Tiene costos de vivienda en esta nueva dirección?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene que pagar costos de calefacción/aire acondicionado además del costo de vivienda?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN – ADVERTENCIA RELACIONADA AL FRAUDE**

**ENTIENDO QUE:** Si a propósito no reporto todos los datos o proporciono información incorrecta acerca de mis ingresos, bienes o situación de la familia para obtener o continuar recibiendo asistencia o beneficios, se me puede enjuiciar legalmente. También se me puede acusar de cometer un delito grave si se me pagan indebidamente más de \$950 en beneficios de Ayuda General como resultado de esa acción. He recibido una copia de las "Instrucciones y Sanciones para el Reporte de Elegibilidad/Situación para Ayuda General."

**DEBE FIRMAR Y PONER FECHA A ESTE REPORTE DESPUÉS DEL ÚLTIMO DÍA DEL MES DEL REPORTE O SE CONSIDERARÁ INCOMPLETO.** Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes de los Estados Unidos y el Estado de California que la información incluida en este reporte es verdadera, correcta y completa.

¿QUIÉN DEBE FIRMAR ABAJO?      Usted y su cónyuge o pareja doméstica que recibe asistencia si vive en el hogar.

FIRMA O MARCA	FECHA EN QUE SE FIRMÓ	TELÉFONO DE LA CASA ( )	TELÉFONO DE CONTACTO/CELULAR ( )
FIRMA DEL CÓNYUGE O PAREJA DOMÉSTICA QUE RECIBE ASISTENCIA.	FECHA EN QUE SE FIRMÓ	FIRMA DEL TESTIGO SI SE FIRMÓ CON UNA MARCA, INTÉRPRETE U OTRA PERSONA QUE COMPLETÓ EL FORMULARIO	FECHA EN QUE SE FIRMÓ